

在宅褥創ケアを振り返って

在宅褥創ケアは、古くから行われているのですが、その実際は良くわかりませんでした。今回、当院開設後在宅褥創ケアについての記載をした1998年から5年半の期間に診た39例の褥創について検討しました。これらは施設から依頼されたものは除外し、また一人で複数個の褥創を持つ場合は主たるものを検討対象としました。さらに何度も治癒再発を繰り返した例では、最初に治療した褥創を検討対象としました。従って39例、39個の褥創を検討しました。

患者の平均年齢は71.6歳。男女は20:19名でした。日常生活自立度は、J1(4名),J2(3名),A1(1名),A2(2名)であり、寝たきりとして分類されるB1(8名),B2(7名),C1(3名),C2(11名)で、B1以上が74.4%でした。通院で治療した褥創は18例、往診で治療したのは21例でした。1日中ベッド上で過ごすC1,C2は全て往診例でした。

褥創の部位は、仙骨部が24例、大転子部5例、腸骨部1例と、大部分が腰部周囲でした。褥創の最大径の平均は、5.8cm、中央値は3.5cmでした。

私は常々「栄養状態の評価が重要である」と言ってきましたが、治療早期に血液検査でアルブミン値を測定したのは22例(56.4%)に過ぎませんでした。在宅の初対面で、弱った高齢者を前にいきなり血液検査とはなかなか言い出しにくいものです。測定した22例のAlb平均値は3.4とそれほど悪くはありませんでした。感染褥創は8例、壊死のある褥創は25例でした。感染褥創のうち血液検査をしたのは4例でしたが、全てALB値は3.0以下の低栄養状態でした。感染褥創のケアは困難が付き物と言えます。

実際感染した褥創の治療には当初難渋し、89歳女性例では、全身状態の悪化とともに褥創は骨髓炎となり、その後、半月後に亡くなりました。この時往診チームとして、看護師・管理栄養士が同席していましたが、低栄養状態や水分摂取不良のアセスメントは不十分でした。これは、私が創処置からスキンケア、栄養改善まで全てについて意見を言うことから、チームとして機能していなかったためと思われる。

その後、管理栄養士にもっと栄養療法を任せて自由にやってもらうようにし、看護師にも患者家族やケアマネージャーとの連絡を密にしてもらうようにして、私は局所療法に専念することにしました。

その結果、写真に示すように、95歳の感染褥創を治癒に導くことが可能となりました。

この例では、肺炎から食事が摂れなくなり褥創を発症しました。往診時壊死組織を外科的にデブリードメントしました。食事摂取はまずまずと私は判断しましたが、管理栄養士は摂取カロリーが400Kcal、蛋白質は20g、水分も800mlしか摂っていないことを提示してくれました。直ちに主治医に1日500mlの点滴を依頼し、管理栄養士に栄養改善策をとってもらいました。

症例から学ぶ

チーム医療で感染褥創も在宅で治療可能となった

2002.5.31 感染褥創を切開施行

95歳女性



急速な食事量の減少とともに仙骨部に褥創発症
5分粥1/3量;1日3回,副食・牛乳
・摂取加リー 400 Kcal
・蛋白質 15~20 g
・水分(含食事) 800 ml
・塩分 2 g

18日後



管理栄養士による管理
・摂取加リー 1080 Kcal
・蛋白質 36 g
・水分(含食事) 1100 ml
・塩分 3.4 g
血清アルブミン値 2.3 g/dl

6ヶ月後治癒



管理栄養士は、食形態を変更したり栄養補助食品を使ったりして、18日後には摂取カロリー1080Kcal、蛋白質36gまで改善させました。看護師は、ケアマネージャーに連絡し、エアーマットの機種変更を直ちに行いました。また、家族と電話で緊密に連絡し、創処置法を具体的に説明したり、入浴法など家族の不安や疑問に細かに答えていました。これらの結果、在宅で困難と考えていた感染褥創も6ヶ月で治癒しました。

結果

39例の褥創治療結果です。判定に要した期間は、平均58.9日、中央値24日でした。治癒は29例、改善は6例、不変は2例、悪化は2例でした。このうち原疾患の癌が悪化して亡くなられた方は4名でしたが、そのうち2例の褥創は改善していました。

不変の2例と改善の2例は、肺炎やイレウスなど他疾患で入院されましたので、その時点での判定となりました。

治癒したのは29例74.4%でした。Stage II, III, IV別の治癒率は、81.3%、84.6%、50%でした。治癒に要した期間は、それぞれ12.2日、90.5日、144.8日でしたが、これは褥創学会誌に報告された評議員のいる施設での治癒期間と比べても遜色の無いものでした。

治癒例 (39例)

- 治癒褥創 (29例:74.4%)

Stage II (13例) (13/16: 81.3%)

Stage III (11例) (11/13: 84.6%)

Stage IV (5例) (5/10: 50.0%)

- 治癒例平均日数

参考値:褥瘡会誌
(2001.3.p229)

Stage II (12.2 ± 4.9日) 24.8±5.0

Stage III (90.5 ± 59.7日) 136.8±83.8

Stage IV (144.8 ± 66.0日) 223.5±98.4

TAKAOKA EKINAN CLINIC

まとめ

在宅褥創ケアの特徴として、

- 1) 採血による栄養評価は難しい、従って管理栄養士による栄養評価が優れている。
- 2) 在宅褥創患者の栄養状態はそれほど悪くないが、感染褥創では栄養状態は極めて悪い。従って感染褥創のケアは、いわゆるチームアプローチが必須である。
- 3) 原疾患による死亡例でも、褥創は改善が可能である。
- 4) 保存的に治癒した例での治癒期間は、施設での治癒期間と遜色が無い。

以上よりチームで行う在宅褥創ケアのポイントをまとめてみました。

- 1) 医師は、創傷治癒理論に則った科学的な局所療法を行う。
- 2) 看護師は、家族や介護支援専門員(ケアマネージャー)と緊密に連絡し、患者の治癒環境を整えるとともに、家族の不安や疑問をコミュニケーション技術によって解決に努める。
- 3) 管理栄養士は、栄養摂取状態を医師や看護師に説明し、家族と連携して患者の栄養改善を行う。

その結果、介護者は、局所・環境・栄養など多方面にわたるケアのポイントを理解することで実践してもらえるようになる。

また、経過をデジタル写真に記録して全てのチームメンバーが見ることで、治癒経過を共有する。

しかし、治療の主体は患者と介護者である家族であり、患者・家族が何を望んでいるかに常に注意し、過剰なケアや家族の負担を強いる方法を選択してはいけない。これを常に肝に銘じておくことが大切と思いました。

今回の報告は、あくまでも現在の当院における在宅チーム医療の形であり、今後さらに変化していくと思います。

高岡駅南クリニック院長 塚田邦夫